

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Décembre 1892, à 1 heure

Par CAMILLE DELECŒUILLERIE,

Né à Blandain (Belgique), le 17 mars 1865,
Docteur en médecine de la Faculté de Gand (Belgique).

DES KYSTES SÉREUX DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE

Et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler

KYSTES LYMPHATIQUES

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
 { SCHWARTZ et NÉLATON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Décembre 1892, à 1 heure

Par CAMILLE DELECŒUILLERIE,

Né à Blandain (Belgique), le 17 mars 1865,

Docteur en médecine de la Faculté de Gand (Belgique).

DES KYSTES SÉREUX DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE

Et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler

KYSTES LYMPHATIQUES

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
 { SCHWARTZ et NÉLATON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		N.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTNER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0076

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion de rencontrer dans le service de M. le professeur Panas, à l'Hôtel-Dieu, un certain nombre de kystes de la conjonctive bulbaire, nous avons cru qu'il serait intéressant de les rassembler et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Quoique les observations que nous avons recueillies fassent toutes partie d'un même groupe que nous appellerons *Kystes lymphatiques*, nous avons pensé qu'il serait préférable de réunir en une étude toutes les variétés de kystes de la conjonctive, en insistant d'une façon toute spéciale sur les kystes lymphatiques qui n'ont fait jusqu'ici l'objet d'aucune étude approfondie.

En laissant de côté les kystes à entozoaires qui ne sont pas des kystes dans le sens véritable du mot, nous diviserons notre étude en deux grands groupes :

- 1^o *L'étude des kystes séreux proprement dits ;*
Sous ce nom, nous comprendrons les gros kystes

situés sous la conjonctive bulbaire; et qui, sauf ceux qui sont congénitaux, sont presque toujours formés par l'enkystement d'un exsudat, produit le plus souvent sous l'influence d'un traumatisme.

Bien que cette dénomination ne soit pas bien exacte, puisque les kystes de la seconde catégorie sont également des kystes séreux, nous la maintiendrons, parce qu'elle est consacrée par l'usage et que la plupart des auteurs ont accepté cette dénomination ;

2^o *L'étude de la variété*, que nous appellerons *lymphatique*, qui sont des kystes beaucoup plus petits et formés par de véritables dilatations lymphatiques.

Avant d'aborder notre sujet, que notre éminent maître M. le professeur Panas daigne accepter la dédicace de ce travail; si peu digne qu'il puisse lui paraître, ce sera un faible gage de profonde gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il nous a prodigué.

M. le docteur Rochon-Duvigneaud, chef de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, nous ayant guidé dans notre travail et nous ayant honoré de ses sympathies, nous sommes heureux de l'en remercier publiquement.

Qu'il nous soit également permis d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Van

Duyse, de l'Université de Gand, un maître de longue date, qui n'a jamais cessé de mettre sa science à notre disposition, et qui, encore aujourd'hui, a bien voulu se charger de la reproduction de nos préparations microscopiques.

KYSTES SÉREUX PROPREMENT DITS

HISTORIQUE

Avant 1846, ces kystes n'avaient fait l'objet d'aucune étude approfondie et n'avaient été mentionnés qu'en passant, dans les ouvrages d'ophtalmologie.

Sichel fut le premier qui s'occupa de la question en publiant, dans les *Archives de médecine* de 1846, un travail sur les kystes séreux.

Dans ce mémoire, où il trace les symptômes et le diagnostic de ces tumeurs, il a le tort de les placer toujours au niveau du pli palpébral, sans s'occuper de celles qui se trouvent sur la partie antérieure du bulbe.

« Je les ai toujours vus, dit-il, en parlant des kystes séreux, dans le pli oculo-palpébral, soit supérieur, soit inférieur, et étendus transversalement au devant du globe. Je ne puis dire, par

conséquent, si les tumeurs semblables, qu'on a rencontrées dans d'autres régions de la face antérieure de l'œil, sont de même nature. »

Les travaux qui suivent les publications de Sichel, ne sont que de simples observations qui présentent beaucoup moins d'intérêt.

Nous pouvons citer les travaux de Laqueur (1871), Uhthoff (1879), Hache (1880), Armaignac (1881), Baudry (1882), Moyne (1884), de Makrocki (1884). Quant aux traités d'ophtalmologie, si l'on fait abstraction du grand ouvrage de De Wecker, ils ne s'occupent presque pas de la question.

De Wecker les divise en deux groupes :

1^r Une première variété, de forme arrondie, très mobile, ressemblant comme aspect à une hydatide, ne dépassant pas la grosseur d'une fève, de couleur rose, semi-diaphane ;

2^o Une autre variété, pour la plupart congénitales, situés près du bord cornéen ou à cheval sur ce bord, ayant une paroi plus épaisse qui lui donne une couleur d'un blanc laiteux, fortement adhérents au tissu sous-jacent, ce qui le rend beaucoup moins mobile que le précédent.

PATHOGÉNIE

Les kystes, en général, sont congénitaux ou acquis : ces derniers peuvent provenir : ou bien de la dilatation par un liquide d'une cavité existante; tels sont les kystes glandulaires et les kystes lymphatiques;

Ou bien d'un exsudat qui s'est formé dans un tissu et qui s'est enkysté dans la suite; tels sont les kystes séreux et les kystes hématiques.

A quel groupe peut-on rattacher les kystes dont nous nous occupons ?

La conjonctive bulbaire n'ayant pas d'éléments glandulaires, nous pouvons *a priori* écarter à ce niveau le kyste glandulaire.

D'un autre côté, les kystes hématiques renfermant des éléments pigmentaires que nous ne rencontrons pas dans nos tumeurs, nous pouvons également en faire abstraction.

Il ne reste en présence que les kystes lymphatiques et ceux qui sont formés par l'enkystement d'un exsudat.

La formation lymphatique caractérisant à elle seule notre dernier groupe, nous ne trouvons plus

comme cause produisant les kystes séreux, que l'enkystement d'un exsudat.

Et, en effet, ce mode de formation est très en rapport avec ce que nous voyons ; dans la plupart des observations que nous avons rencontrées, la cause primordiale de la tumeur a été un traumatisme.

Résumons quelques-unes de ces observations :

Sichel, en 1846, trace l'histoire d'un jeune soldat qui, en tombant sur l'épaulette de son camarade, produisit un traumatisme de l'œil à la suite duquel se développa un kyste deux mois après.

Baudry, en 1882, publie une observation dont nous reproduisons le passage qui concerne notre sujet :

M. R..., de Roubaix, est adressé à M. le docteur Landry pour une tumeur de la conjonctive gauche.

M. R... dit avoir reçu dans l'œil, il y a sept mois, une particule de soufre enflammé ; la réaction, insignifiante, est combattue par des compresses d'eau froide ; c'est seulement trois mois plus tard que parut une petite vésicule qui augmenta peu à peu sans devenir douloureuse. Aujourd'hui elle est un peu gênante et M. R..., très tourmenté, vint me consulter...

Hache, en 1881, nous donne la relation d'un kyste, mesurant un millimètre de largeur sur deux millimètres de longueur et occupant la partie moyenne de la conjonctive bulbaire entre l'an-

gle externe et le bord de la cornée, et il discute la pathogénie de cette tumeur :

« Après avoir éliminé, dit-il, l'origine glandulaire, improbable *a priori*, à cause de l'absence de glandes dans la portion bulbaire, de la conjonctive, et à laquelle l'aspect du revêtement du kyste ne permet pas de nous arrêter, il reste deux hypothèses possibles : 1° l'existence d'une dilatation lymphatique ; 2° l'existence d'un épanchement séreux dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Nous n'osons pas nous arrêter à l'idée d'une dilatation lymphatique à cause de la rareté des dilations de ce volume, et parce que, jusqu'ici, nul auteur n'en a signalées dans cette région ; mais surtout parce que le revêtement du kyste ne présente pas une délimitation nette entre les cellules, et que celles-ci ne sont pas rangées en séries assez régulières pour qu'on puisse affirmer l'existence d'un endothélium continu.

« Nous croyons donc, en somme, à la production dans le tissu cellulaire sous-conjonctival (sous l'influence d'une cause indéterminée, probablement traumatique), d'un petit épanchement de sérosité qui aurait refoulé excentriquement le tissu cellulaire voisin. »

Nous reviendrons sur cette observation dans notre dernier chapitre où, d'après nous, elle serait à sa place.

Unthoff, en 1879, fait l'histoire de trois kystes

sous-conjonctivaux dont le résumé ne sera pas superflu.

La *première observation* concerne une dame de vingt ans opérée de strabisme ; l'opération s'était fort bien passée et la guérison s'était produite sans aucune complication ; cinq semaines plus tard, on voit apparaître au niveau de l'insertion du muscle opéré une saillie de trois à quatre millimètres, recouverte par la conjonctive non altérée. Cette saillie présente les caractères des kystes séreux. Une ponction pratiquée donne un liquide clair qui ne tarde pas à revenir. On met plus tard un drain dans la cavité qui ne donne pas plus de résultat, et cinq semaines après on excise la tumeur sous le chloroforme.

L'examen microscopique de la tumeur montre une paroi formée par du tissu fibreux, tapissée à l'intérieur d'un épithélium formé de cellules régulières à noyaux.

Deuxième observation. — A la suite d'un traumatisme ayant perforé la paupière supérieure et ayant atteint le globe oculaire, on trouve, cinq semaines après l'accident, un petit kyste situé sur la conjonctive bulbaire, à un centimètre du limbe cornéen : [ce kyste est situé dans le tissu sous-conjonctival et a la grosseur d'une fève. Après l'excision, on constate par transparence, à l'intérieur de la tumeur, la présence de trois poils implantés dans la paroi.

A l'examen microscopique, la paroi est for-

mée d'une couche fibreuse, tapissée à l'intérieur d'un épithélium qui devient pavimenteux à l'endroit de l'implantation des poils. Cette étude microscopique est très intéressante. Il s'est probablement produit une greffe épidermique qui explique cet épithélium pavimenteux portant des poils à l'intérieur du kyste. On a, du reste, constaté sur l'iris un phénomène semblable après des traumatismes de la cornée qui donnerent naissance à ce que l'on appelle les *tumeurs perlées de l'iris*.

Troisième observation. — Le troisième kyste se trouve chez une dame de 45 ans, qui avait depuis quatre jours un insecte dans l'angle interne de l'œil droit. Après quelque temps, il s'est formé un kyste vermiciforme, simulant très vaguement un lymphatique dilaté, à contenu clair, séreux.

Ce kyste était situé dans les couches superficielles de la conjonctive bulbaire.

L'examen histologique est tout à fait semblable aux précédents.

Conclusion. — Pour l'auteur, la pathogénie de ces kystes est double ; dans le troisième cas où il n'y a pas eu de traumatisme proprement dit et où le kyste est situé superficiellement, il serait dû à une dilatation lymphatique.

Pour le second et le premier, où le kyste est situé plus profondément au niveau du tissu épisccléral, ils seraient dus aux poils (corps étran-

gers) introduits dans la plaie conjonctivale et ayant produit une exsudation séreuse qui s'est limitée par une membrane et a donné ainsi naissance à un kyste.

Laqueur, en 1877, fait également paraître un *Mémoire* sur ces kystes avec une observation à l'appui et attribue également une origine traumatique à la plupart des kystes de ce genre.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Sans compter l'observation de Hache qui, pour nous, fait partie des kystes lymphatiques et sur laquelle nous reviendrons, tous les kystes séreux que nous venons de citer ont été précédés d'un traumatisme qui peut être considéré comme la cause déterminante de la tumeur. Quant au temps qui s'est développé entre le traumatisme et la production pathologique, il varie entre quelques semaines et deux ou trois mois. De telles variations ne doivent pas nous étonner, puisque la production morbide, qui a une marche plus ou moins lente, a presque toujours un cer-

tain volume, gênant les fonctions de l'œil, lorsqu'on s'en aperçoit.

Mais avant de poser comme certaine la pathogénie que nous donnons de nos kystes séreux, nous devons réfuter l'origine lymphatique improbable de ces tumeurs qui les ferait rentrer dans notre dernier groupe; et comme les arguments sur lesquels nous nous appuyons seront mieux compris plus tard, nous renvoyons cette étude dans la seconde partie de notre travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes ces tumeurs que nous venons d'examiner sont implantées dans le tissu sous-conjonctival, auquel elles sont plus ou moins adhérentes; la plupart sont situées très profondément dans l'épiscière, et rarement elles adhèrent fortement à la sclérotique, caractère qui appartient plutôt aux cysticerques sous-conjonctivaux.

Examen microscopique. — Pour étudier la constitution microscopique de ces tumeurs, nous

ne pouvons mieux faire que d'examiner une coupe passant par le grand axe de la tumeur.

Supposons la conjonctive excisée avec le kyste, nous trouvons : 1° une couche située extérieurement et entourant complètement la préparation ; cette couche est formée par un épithélium pavimenteux, stratifié, typique, composé de ses trois couches caractéristiques (cellules aplaties, arrondies et cylindriques), qui est l'épithélium normal de la conjonctive bulbaire.

2° Sous la couche épithéliale se trouve une couche de tissu conjonctif lâche, contenant un certain nombre d'éléments cellulaires, fusiformes, et entourant également de tous côtés la tumeur. Cette couche supporte un certain nombre de vaisseaux sanguins. C'est le tissu sous-conjonctival proprement dit.

Ces deux couches peuvent se détacher plus ou moins facilement des couches sous-jacentes formant la tumeur proprement dite, et dans laquelle nous devons distinguer une paroi et un contenu.

3° La paroi est formée d'une membrane externe, mince, composée de tissu conjonctif, et qui semble provenir d'une condensation du tissu sous-conjonctival. On la voit surtout bien sur les préparations colorées au carmin.

Cette membrane fibreuse est tapissée intérieurement par une couche de cellules épithéliales

plus ou moins nettes d'après les coupes. La signification de cette dernière couche a plus ou moins été mise en doute par Hache dans la tumeur qui fait partie de son observation. Il trouve à côté des points où la nature épithéliale de la couche interne ne peut être contestée, des parties où cette couche interne est moins nette et au sujet desquelles il émet l'explication suivante : « Quant au revêtement de la cavité kystique, sa nature épithéliale ne paraît pas nette ; peut-être les noyaux qui font saillie dans le kyste, ne sont-ils que des noyaux embryoplastiques, et l'apparence des contours cellulaires, est-elle due aux prolongements des cellules fusiformes et étoilées du tissu conjonctif? Cette hypothèse nous paraît acceptable à cause de la transition que nous avons signalée entre les préparations, où l'apparence épithéliale est la plus prononcée et celle où on ne trouve que du tissu cellulaire. »

Il nous paraît impossible d'accepter les idées de Hache, nous prouverons en effet plus loin que le kyste en question fait partie des kystes lymphatiques. Or, de toutes les tumeurs lymphatiques que nous avons examinées, nous avons toujours trouvé des éléments endothéliaux suffisamment nets pour que l'existence de cette membrane ne soit pas mise en doute. Il y aurait du reste un moyen de trancher la question, ce serait de traiter ces kystes par le nitrate d'argent qui nous montrerait les contours cellulaires d'une façon évidente.

4^o Le contenu est un liquide clair, limpide, ne renfermant aucun élément visible à l'œil nu.

Examiné au microscope, on n'y trouve la plupart du temps aucun élément figuré.

Dans certains cas, cependant, on y a rencontré des cellules épithéliales qui s'étaient détachées de la paroi.

Hache, dans une de ces préparations, trouve dans la cavité du kyste un contenu figuré qu'il décrit : « Dans cette préparation, dit-il, le tissu conjonctif ne présente pas la condensation que nous avons signalée à sa partie interne, et la cavité kystique est en partie remplie par du tissu conjonctif embryonnaire type avec éléments fibro-plastiques et étoilés, qui forme un réseau délicat et se continue sur les côtés avec la couche du tissu lamelleux sous-conjonctival. »

L'auteur s'appuie également sur la présence de ce tissu embryonnaire pour expliquer la nature conjonctivale de la membrane tapissant intérieurement la paroi et qui serait formée, comme nous l'avons vu, de noyaux embryoplastiques.

SYMPTOMES

Dans ce chapitre, nous donnerons les caractères généraux de ces tumeurs prises dans leur ensemble.

Ces tumeurs sont généralement du volume d'un pois, semi-diaphanes, de couleur jaunâtre, bien circonscrites.

Arrondies quand elles se trouvent sur la sphère antérieure de l'œil, ovalaires, à grand diamètre horizontal quand elles sont situées au niveau d'un des culs-de-sac.

A la périphérie de la tumeur, se trouve généralement une fine vascularisation de la conjonctive qui lui donne une coloration rosée à ce niveau, tandis qu'au contraire, elle est franchement citrine à son centre. A l'éclairage oblique, on peut voir la transparence et la couleur citrine qui lui donnent son caractère de kyste.

Par la palpation, on constate qu'elle est plus ou moins rénitente, d'après la tension du liquide qu'elle renferme ; qu'elle est plus ou moins adhérente à la conjonctive en avant, et à la sclérotique en arrière.

On ne trouve généralement aucun trouble dans

la fonction oculaire, ni dans les mouvements de l'œil.

L'occlusion des paupières peut être plus ou moins gênée quand la tumeur a un certain volume.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces tumeurs d'avec les kystes à entozoaires, a été établi de main de maître par Sichel, et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses propres paroles : « Ces sortes de tumeurs, dit-il, ne sauraient être confondues avec celles qui sont produites par le cysticerque de la celluleuse. Cet entozoaire, lorsqu'il se développe sous la conjonctive oculaire, se trouve toujours placé, au moins d'après ce qui a été observé jusqu'ici, à une distance considérable du pli oculo-palpébral ; la paupière, par conséquent, n'a presque pas d'action sur lui, ce qui permet à l'animal, naturellement globuleux, de se développer uniformément dans tous les sens, et de produire une tumeur arrondie. La conjonctive étant moins lâche et plus adhérente à mesure qu'elle s'éloigne

de ce grand pli, la tumeur produite par le cysticerque doit aussi être moins mobile. A cause de la quantité minime de liquide et de l'opacité du corps de l'animal qu'elle contient, cette tumeur helminthique doit aussi être moins diaphane.

Nous venons par là de tracer presque tous les traits du diagnostic différentiel de ces deux espèces de tumeurs ; nous les compléterons en peu de mots :

La grosseur produite par le cysticerque sous-conjonctival produit aussi des adhérences plus fortes, car l'irritation produite par la succion de l'animal, qui vit aux dépens des parties voisines, et par son extension et par sa contraction alternative, est beaucoup plus vive.

Il en résulte que le tissu cellulaire, chroniquement enflammé, et épaissi dans le voisinage de la tumeur, la rend plus adhérente. En outre, quand la paroi du kyste entozoïque n'est pas encore très épaisse, on y reconnaît à travers la conjonctive, moins injectée ici qu'à sa circonférence, une tache jaunâtre, pâle, irrégulièrement arrondie ou ellipsoïde et formée par le corps de l'animal, tache qu'on ne voit pas dans l'autre espèce de tumeur qui fait partie de ce travail. »

Après les paroles si claires et si concises de Sichel, nous n'avons plus rien à ajouter au diagnostic de ces tumeurs ; nous pouvons peut-être lui reprocher, comme l'a fait remarquer Baudry, qu'il place trop exclusivement au niveau des culs-

de-sac de la conjonctive les kystes séreux, attribuant à la présence du cysticerque l'adrienne les kystes qui se trouvent situés sur les parties antérieures du bulbe.

Le dacryops, qui doit son origine à la rétention des produits d'excrétion de la glande lacrymale, pourrait être confondu dans certains cas avec les kystes séreux de la région externe; mais, l'examen sérieux des symptômes et l'étude de la constitution de ces tumeurs ne tardera pas à lever les doutes :

Ces tumeurs, en effet, sont généralement plus grandes que les kystes dont nous parlons, et leur volume peut subir des modifications par suite de l'obstruction incomplète du canal excréteur qui permet par moment l'écoulement d'une certaine quantité du liquide qu'il contient.

Enfin, l'examen chimique du contenu, qui nous révélera certains éléments renfermés dans les larmes, et l'examen microscopique qui nous montrera un *epithelium* interne, en rapport avec celui de la cavité dilatée, viendront lever nos doutes.

On peut également voir, au niveau du bulbe, des tumeurs, en apparence séreuses, formées par la conjonctive distendue par l'humeur aqueuse, et qui sont le résultat d'un traumatisme ayant déchiré la sclérotique, soit que cette ouverture se soit cicatrisée, soit qu'elle soit restée permanente. Dans quelques-unes de ces tumeurs, où la cicatrisation n'a pas été obtenue, on peut voir par trans-

parence la fistule mettant en communication le kyste et la chambre antérieure.

Cette communication peut être en continuité avec une cicatrice qui est produite par une partie de la déchirure qui s'est réunie. Enfin dans certains cas où la communication est complètement effacée, on peut voir une simple cicatrice à la base de la tumeur.

Mais, à côté de ces cas, il y en a d'autres où la communication est si petite qu'on ne l'aperçoit pas et, alors, le diagnostic n'est pas aussi facile.

Si l'on fait une ponction dans ces tumeurs produites par une déchirure scléroticale, le liquide renaît au bout de très peu de temps; il n'en est pas de même, pour les kystes séreux, où il faudra un espace de sept ou huit jours.

La palpation viendra également en aide pour assurer notre diagnostic: On pourra constater l'immobilité ou le peu de mobilité de la tumeur scléroticale; on pourra peut-être, dans certains cas, reconnaître la renittance par des pressions alternatives sur le globe oculaire et la tumeur.

Enfin, il est possible qu'on puisse, en comprimant la tumeur, amener une dureté plus forte de l'œil.

Des tumeurs du même genre que celles dont nous venons de parler, mais beaucoup plus petites, peuvent encore se produire lorsque, dans une opération, on a perforé la sclérotique et la conjonctive. Le parallélisme entre les plaies conjonctivales

et scléroticales étant détruit, et la plaie extérieure se refermant, il se produit, sous la conjonctive, un amas d'humeur aqueuse, mais ici le diagnostic ne présentera pas de difficulté, parce que les commémoratifs et la localisation mettront de suite sur la voie.

TRAITEMENT

Le seul procédé que nous ayons à notre disposition pour amener une cure radicale de cette affection est l'ablation de la tumeur. Pour pratiquer l'opération, on commence par inciser la conjonctive sur la tumeur qu'on isole de tous les côtés. Quand la tumeur est bien disséquée, et si les adhérences avec la sclérotique sont assez fortes, on soulève le kyste avec des pincés ou un crochet, et on coupe alors les adhérences profondes avec des ciseaux.

Si ces adhérences sont tellement intimes qu'elles ne permettent plus la séparation du kyste avec la sclérotique, il faut laisser en place la partie profonde et réséquer le reste ; le résultat de cette opération est des plus bénins et la guérison est obtenue au bout de quelques jours.

KYSTES LYMPHATIQUES

HISTORIQUE

La dénomination que nous donnons à ces tumeurs en indique suffisamment la signification et nous évite d'en donner une définition.

Les éléments qui font partie de ce chapitre sont retirés de certaines monographies, très rares du reste, qui traitent de la question, et d'un certain nombre d'observations que nous avons rencontrées dans le service ophtalmologique de M. le professeur Panas, à l'Hôtel-Dieu.

Il y a une vingtaine d'années, Stendeneer faisait paraître un travail sur les lymphangiomes caverneux de la conjonctive, dans les *Archives d'anatomie pathologique* de Virchow.

En 1876, Irme écrivit dans le *Wiener medizinische Wochenschrift*, une communication intitulée : *Cas d'ectasie des lymphatiques de la conjonctive bulbaire*.

Laskiewitz, en 1877, et Bull, en 1878, firent paraître des observations du même genre.

A part ces quelques petits travaux séparés, nous n'avons aucune idée d'ensemble sur la question, et nous avons cru faire œuvre utile en déterminant nettement cette affection qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entamer notre sujet, il nous paraît utile de donner quelques notions sur les lymphatiques de la conjonctive bulbaire qui ont des rapports si intimes avec les tumeurs que nous étudions.

On distingue dans la conjonctive bulbaire un double réseau lymphatique : un réseau profond situé dans le tissu episcléral et un réseau superficiel situé dans le tissu sous-conjonctival.

Ces lymphatiques superficiels ont été décrits pour la première fois par Teichman qui les divise en lymphatiques de la conjonctive cornéenne d'une part et en lymphatiques de la conjonctive sclérale d'autre part. Les premiers forment un réseau très élégant autour de la cornée, présentant des dilatations à l'endroit de leurs anastomoses et

se terminant du côté de la cornée par des prolongements effilés.

Les vaisseaux de la conjonctive sclérale sont plus éloignés du bord cornéen, et ont des dimensions un peu plus fortes que les précédents, avec lesquels ils se mettent en rapport. Ils sont également reliés entre eux par des branches transversales, et au niveau de leurs anastomoses présentent également des dilatations.

Ces lymphatiques vont se mettre en rapport avec des lymphatiques à valvules, qui se dirigent vers l'angle interne et vers l'angle externe. De nombreuses injections ont démontré les communications qui existent entre les lymphatiques de la conjonctive et les lacunes cornéennes et scléroticales.

Etudions maintenant la constitution anatomique des kystes lymphatiques : Macroscopiquement nous pouvons distinguer trois formes spéciales.

Dans une première, la maladie est caractérisée par un réseau de dilatations lymphatiques, surtout prononcé au pourtour de la cornée et formé de branches s'entrecroisant dans différents sens. Ces lymphatiques dilatés présentent par places des renflements plus ou moins prononcés, mais surtout apparents à l'endroit des anastomoses et communiquant avec tout le réseau.

Ces dilatations renferment un liquide clair, citrin que nous examinerons tantôt au microscope.

Dans la deuxième forme, le même réseau con-

tinue à exister, présentant la même dilatation ; mais ce qui différencie cette forme de la précédente, c'est qu'à certains endroits les renflements que nous avons signalés se montrent d'une façon beaucoup plus évidente, se limitent et se séparent des dilatations voisines, donnant ainsi de petits kystes fermés de toutes parts, très apparents au milieu des autres dilatations.

Dans la troisième forme, le réseau lymphatique n'existe plus du tout ; on ne voit plus qu'un ou plusieurs petits kyste, ayant environ deux à trois millimètres de diamètre, généralement pédiculés et fermés de toutes parts.

Structure du kyste. — Ayant eu à notre disposition un certain nombre de ces tumeurs et ayant eu la bonne fortune de tomber sur des coupes intéressantes ; nous avons pu étudier avec assez de netteté leur structure.

Sur une coupe passant par le centre de la tumeur et faites suivant un plan allant de la surface à la partie profonde, nous trouvons, en allant de la périphérie au centre, un certain nombre de couches placées dans l'ordre suivant :

1° Un épithélium qui entoure la tumeur sauf au niveau du pédicule ; cet épithélium est pavimenteux, stratifié, généralement épaissi et renfermant les trois couches typiques de cette variété de tissu ;

a) Des cellules aplaties et d'autant plus plates qu'elles se rapprochent de la surface ;

b) Une couche assez épaisse de cellules arrondies, placées les unes contre les autres. Ces cellules s'allongent au fur et à mesure qu'elles deviennent profondes, et mènent insensiblement à la troisième couche ;

c) Qui est formée de plusieurs plans de cellules cylindriques.

Cet épithélium est l'épithélium de la conjonctive et repose sur une couche de tissu sous-conjonctival.

2° Le tissu sous-conjonctival entoure la tumeur de toutes parts ; il est formé par du tissu conjonctif lâche, renfermant assez bien d'éléments cellulaires, fusiformes ; on y rencontre également des vaisseaux sanguins et des nerfs. Ce tissu conjonctif est surtout visible sur les préparations colorées avec le carmin, tandis que les cellules conjonctives et épithéliales sont surtout apparentes sur les préparations colorées par l'hématoxyline. Au milieu de ce tissu sous-conjonctival se trouve la tumeur proprement dite dont nous étudierons d'abord la paroi, puis le contenu.

Paroi. — Sur les préparations qui ont été traitées par le carmin, on distingue une couche formée de tissu conjonctif, assez mince, plus colorée que le reste du tissu sous-conjonctival et renfermant assez bien d'éléments fusiformes. On n'y

voit pas de fibres musculaires. Cette couche forme la membrane limite externe du kyste. Sur sa face interne, on peut voir, surtout sur certaines coupes, des noyaux aplatis, faisant saillie à l'intérieur de la cavité, visibles surtout sur les préparations colorées par l'hématoxyline, et qui sont des noyaux endothéliaux tapissant la face interne de la membrane.

Contenu. — Dans la plupart des kystes que nous avons rencontrés, on ne trouve à l'intérieur que de fines granulations, éparpillées dans tout le contenu et dues probablement à des modifications subies par le contenu séreux de la tumeur au contact des matières durcissantes dans lesquelles ils ont été conservés.

Dans d'autres kystes, la cavité est remplie de granulations plus grosses, se colorant fortement par le carmin et sur la nature desquelles nous ne sommes pas fixés.

Outre ces granulations, on y a trouvé des globules blancs, répandus dans le contenu et dont le nombre varie beaucoup d'après les préparations : tandis que sur un grand nombre de coupes il n'y en a pas d'apparent, on en trouve quelques-uns, très rares, sur d'autres préparations et enfin, d'autres kystes en possèdent un nombre plus grand, mais jamais en aussi grande quantité que dans la lymphe.

Formes de la cavité. — Dans certains

kystes, surtout ceux où la tension du contenu est assez forte, la cavité est généralement arrondie ; ceux, au contraire, où la tension est moindre, ont une cavité plus irrégulière, plus aussi nettement arrondie et se rapprochant davantage d'un vaisseau lymphatique.

La cavité, qui dans certains cas est unique, peut présenter par places des replis de la paroi, qui divisent plus ou moins complètement la cavité en plusieurs loges avoisinantes.

A quelle profondeur siègent ces dilatations ?

Tous les kystes lymphatiques que nous avons rencontrés étaient situés superficiellement dans le tissu sous conjonctival. L'examen de certains malades nous a en effet montré que le réseau vasculaire péricératique, rendu apparent par certaines affections, était situé plus profondément que la tumeur, et restait complètement immobile, lorsque l'on faisait mouvoir, avec la conjonctive, les dilatations situées au dessus de lui. De plus, l'examen microscopique nous a fait voir dans toutes nos coupes les dilatations situées dans le derme de la muqueuse, à une distance souvent très petite de l'épithélium.

PATHOGÉNIE DE CES KYSTES

Ces kystes proviennent d'une dilatation lymphatique. Nous trouvons dans l'examen extérieur des différentes tumeurs que nous avons rencontrées, ainsi que dans leur examen microscopique, les éléments qui viendront prouver notre assertion.

Caractères macroscopiques.

a) Nous avons étudié, en commençant ce chapitre, la disposition des lymphatiques de la conjonctive bulbaire, et nous avons vu qu'ils représentaient des branches plus ou moins parallèles, reliées transversalement par des anastomoses, au niveau desquelles ils présentaient des dilatations.

Si nous comparons cette disposition avec celle d'un réseau lymphatique dilaté, nous voyons qu'elles sont tout à fait semblables, identiques.

b) Contrairement aux kystes séreux, les dilatations lymphatiques peuvent se résorber très rapidement ; cette résorption si facile qui se comprend très bien par le retour à l'état normal des vaisseaux lymphatiques lorsque la cause produisant ces dilatations a cessé d'agir, ne pourrait s'expliquer si nos kystes avaient une autre origine.

Caractères microscopiques.

a) La paroi du kyste comprend une couche fibreuse et un endothélium. La couche fibreuse est mince, comme dans les capillaires lymphatiques ; quant à l'endothélium, sa forme pourrait peut-être nous donner des éléments qui viendraient appuyer la proposition que nous défendons ; mais jusqu'ici nos recherches ne nous ont pas encore permis de conclure.

L'endothélium des lymphatiques est en effet formé de cellules dont les contours sont irréguliers, en zigzag, contrairement à ce que l'on voit pour les autres cellules endothéliales où les contours sont beaucoup plus réguliers. Le meilleur moyen de le rendre apparent est de traiter les préparations par le nitrate d'argent, qui colore le tissu intercellulaire en noir. Cette coloration noire délimite les cellules endothéliales et peut même nous faire voir les éléments musculaires entrant dans la constitution des vaisseaux lymphatiques.

Nous avons voulu appliquer cette propriété du nitrate d'argent à nos kystes ; seulement, la tumeur excisée, plongée dans la solution comme il est décrit dans notre huitième observation, ne nous a donné aucun renseignement, parce que, le réactif ayant produit une action trop intense, la coupe ne permettait de rien distinguer.

c) Le contenu peut également nous fournir un

argument en faveur de la nature lymphatique de ces kystes.

Nous avons vu que certains kystes avaient leur contenu parsémé de fines granulations, que d'autres, au contraire, avaient des granulations beaucoup plus grosses, fortement colorées par le carmin.

Outre ces granulations, nous avons trouvé sur certaines coupes des globules blancs généralement en petit nombre et éparpillés dans la masse liquide.

Seule, la présence de ces globules blancs ne serait pas un argument sérieux pour établir la nature lymphatique de nos petits kystes. Leur nombre est en effet si minime, qu'on ne peut conclure franchement à l'analogie du contenu kystique et de la lymphe; mais, à côté des autres preuves elle acquiert plus de valeur parce qu'elle vient confirmer les idées établies par les autres arguments.

Occupons-nous maintenant de réfuter la nature lymphatique improbable des kystes séreux proprement dits.

1° Les kystes lymphatiques sont très souvent accompagnés d'un véritable réseau lymphatique dilaté que nous n'avons jamais rencontré à côté des kystes séreux.

2° Tandis que les kystes lymphatiques forment des tumeurs irrégulières dont la forme est en rapport avec les vaisseaux qui leur ont donné naissance, les kystes séreux, au contraire, forment

des tumeurs arrondies, régulières, n'ayant aucun rapport avec une formation vasculaire.

3° Les kystes lymphatiques se produisent très peu de temps après la cause qui les a produits, ce qui est en rapport avec le mode de formation que nous leur attribuons; nous ne pouvons admettre, en effet, une dilatation lymphatique se produisant des semaines, des mois quelquefois après les phénomènes d'irritation, comme c'est le cas pour les kystes séreux.

4° La paroi du kyste lymphatique est toujours tapissée intérieurement d'un endothélium; il n'en est pas de même pour les kystes séreux, où on a plutôt un épithélium. Cet épithélium est souvent parcimenteux simple; mais quelquefois est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié, comme dans une observation d'Uthoff. Il est vrai que, dans ce cas, il s'agissait probablement d'une véritable greffe épithéliale.

5° Le contenu des kystes lymphatiques renferme souvent un certain nombre d'éléments figurés de la lymphe que nous ne rencontrons jamais dans les kystes séreux.

Une question également intéressante et qui terminera ce chapitre, c'est de savoir quelle partie du lymphatique est dilatée.

Est-ce un capillaire ?

Est-ce un vaisseau lymphatique proprement dit ?

L'examen macroscopique de la tumeur peut

déjà nous donner des renseignements assez satisfaisants :

1^o La localisation de ces dilatations se fait surtout dans l'angle interne et externe, au niveau des parties avoisinant la cornée. Or, à ce niveau, on ne rencontre guère que des capillaires lymphatiques ; les véritables branches lymphatiques ne commençant à se former que plus à la périphérie ;

2^o La disposition de ces dilatations vient encore en aide à notre assertion. Nous avons vu, en effet, que les capillaires formaient des branches plus ou moins parallèles et reliées entre elles par un grand nombre de branches transversales. Quoiqu'on trouve la même disposition pour les vaisseaux, elle y est beaucoup plus régulière, délimitant des mailles allongées dans la direction des grosses branches lymphatiques. Or, la disposition que nous avons rencontrée dans nos dilatations est tout à fait irrégulière, comme celle des capillaires ;

3^e Le troisième argument est tiré de la composition anatomique des parois ; les capillaires lymphatiques sont tout simplement constitués par une couche conjonctive, tapissée intérieurement par un endothélium, tandis que les lymphatiques proprement dits contiennent des fibres musculaires ; or, sur les coupes que nous avons faites, nous n'avons jamais trouvé de fibres musculaires.

ETIOLOGIE

L'étiologie de ces tumeurs a été très peu étudiée : à part l'opinion de De Wecker, qui trouve cette affection surtout fréquente dans les maladies chroniques de la conjonctive, nous ne trouvons plus rien dans aucun ouvrage concernant la question qui nous occupe.

Ayant suivi journellement les cliniques de l'Hôtel-Dieu pendant deux mois et ayant examiné tous les malades qui s'y sont présentés ; nous avons rencontré un certain nombre de personnes atteintes de kystes lymphatiques dont nous faisons l'histoire à la fin de notre travail. Avec ces éléments, nous pourrions peut-être poser quelques jalons qui donneront certaines idées, bien vagues encore, sur notre question.

Des neuf observations que nous avons rencontrées, cinq étaient accompagnées d'affection chronique de la conjonctive ; il est donc probable, que ces conjonctivites chroniques ne sont pas sans jouer un rôle dans cette étiologie. Quant à la façon dont ces dilatations se produisent, cela n'est pas démontré.

Il est possible que l'état inflammatoire amenant

une gêne de la circulation lymphatique; produit ces dilatations, comme une gêne de la circulation sanguine produit des varices; ce qui vient confirmer notre hypothèse : c'est que l'on peut également les rencontrer dans les inflammations aiguës, comme c'était le cas pour la troisième observation d'Uhthoff dont nous avons parlé, et où l'affection était consécutive à une irritation produite par une mouche.

Dans la deuxième observation que nous citons à la fin de notre travail, le kyste avait été accompagné d'une affection de l'estomac qui avait occasionné des nausées fréquentes, et avait produit de ce chef une gêne dans la circulation veineuse et lymphatique.

Outre les cas que nous venons de citer et où la cause paraît assez nette, il y en a un certain nombre où l'étiologie est beaucoup plus obscure.

C'est ainsi que nous avons vu des personnes qui se présentaient à la consultation pour des vices de réfraction ou des cataractes (Ob. VIII, VII, VI), avoir des kystes sous-conjonctivaux sans qu'il nous soit possible de déterminer la cause de leur formation.

Pour la fréquence de cette affection, nous avons rassemblé le nombre de malades que nous avons examinés à l'Hôtel-Dieu dans l'espace de deux mois et nous avons noté le nombre de kystes conjonctivaux que nous y avons rencontrés.

Sur un chiffre total de 727 malades nous, avons

trouvé six dilatations lymphatiques, ce qui nous donne environ une proportion de 1 p. 120.

De ces six observations, trois se trouvaient chez des personnes atteintes d'affections inflammatoires des parties antérieures de l'œil et qui représentaient un total de 460 malades ; deux se trouvaient chez des personnes ayant des vices de réfraction. Enfin la dernière s'est produite chez une personne ayant de violents efforts de vomissements.

SYMPTOMES

Les symptômes varient d'après les différentes formes de dilatations lymphatiques que nous avons citées tantôt.

Dans la première forme, ces dilatations forment un réseau dont les vaisseaux ont un diamètre de 2 à 3 millimètres environ, dilatés irrégulièrement et présentant des ampoules plus au moins grandes à leurs points d'anastomose.

Les vaisseaux conjonctivaux passent au dessus, ceux du tissu épiscléral au dessous.

Ces dilatations sont claires, transparentes, mobiles avec la conjonctive sur le tissu épiscléral.

Comprimé en un point, le reste du réseau se dilate davantage. Lorsqu'on ponctionne ces dilatations, le contenu s'écoule et peut ne plus reparaître comme c'est le cas pour notre dernière observation.

Ces dilatations sont situées généralement sur les parties antérieures du globe. On les trouve le plus souvent sur la conjonctive sclérale avoisinant la cornée, soit qu'elles en occupent tout le pourtour, soit qu'elles en occupent seulement les parties situées aux extrémités du diamètre horizontal, comme cela arrive le plus souvent.

Dans la deuxième forme, on trouve un réseau lymphatique dilaté, semblable au précédent; on y trouve également des ampoules, à l'endroit d'intersection des branches, mais ce qui les distingue, c'est que ces ampoules sont beaucoup plus nettes, plus isolées que les précédentes et qu'elles forment une tumeur si nettement séparée, qu'en certains points la pression ne refoule pas le liquide dans les autres dilatations.

Dans la troisième forme, tout le réseau lymphatique que nous avons trouvé précédemment est complètement disparu, et il ne reste plus qu'un ou plusieurs kystes, plus ou moins pédiculés, d'un diamètre de deux à trois millimètres, nettement transparents, jaunâtres. La pression momentanée

ne les fait pas diminuer de volume et dans tous les cas que j'ai rencontrés, ils étaient situés dans le tissu sous-conjonctival, mobile sous le tissu sous-jacent.

DIAGNOSTIC

Le seul diagnostic qui peut présenter certaines difficultés est celui entre les kystes séreux et les kystes lymphatiques. Cette distinction, dans certains cas, s'établit très nettement ; dans d'autres, au contraire, elle est si obscure que des auteurs confondent des kystes lymphatiques avec des kystes séreux et *vice versa*.

Les kystes lymphatiques de la première et de la seconde forme se distinguent facilement parce qu'ils forment un véritable réseau lymphatique, et ne présentent pas une tumeur circonscrite comme pour les kystes séreux. Mais il n'en est pas de même pour ceux de la troisième forme où les petits kystes sont complètement isolés, et où les dilatations lymphatiques ne lèvent plus les doutes ; nous aurons alors recours aux caractères extérieurs de la tumeur qui pourront nous donner des signes certains pour notre diagnostic.

1° Tandis que les kystes séreux sont généralement assez volumineux, les seconds au contraire dépassent rarement un diamètre transversal de deux à trois millimètres, et par conséquent ne gênent jamais par leur présence les fonctions de l'œil.

2° Le second caractère qui différencie ces tumeurs a trait à leur forme et à leur nombre : tandis que les premières sont arrondies ou ovoïdes et jamais pédiculées, les secondes, au contraire, n'ont pas de forme bien nettes ; ou bien elles sont arrondies comme une tête d'épingle, ou bien elles ont la forme d'un ruban allongé et aplati, quelquefois une forme tubulaire présentant par places des dilatations, ou enfin elles sont tout à fait irrégulières, de plus, ces tumeurs sont souvent pédiculées.

3° Tandis que les premières sont presque toujours uniques (je n'ai jamais trouvé d'observation de kystes séreux doubles de la conjonctive), les secondes, au contraire, peuvent être multiples ou bien accompagnées d'autres dilatations lymphatiques.

4° Enfin Uhthoff admet dans les conclusions qu'il donne à la suite des observations qu'il a décrites, que les kystes situés profondément dans le tissu épiscléral sont formés par enkystement d'un exsudat, tandis que les kystes superficiels seraient dus à des dilatations lymphatiques ; cette

idée me semble assez bien en rapport avec ce que nous voyons habituellement. Les observations de kystes séreux proprement dits que nous avons étudiées, présentaient souvent certaines difficultés à leur extirpation, à cause de leurs adhérences profondes.

Tous les kystes lymphatiques, au contraire, que nous avons rencontrés étaient superficiellement placés.

5° Les kystes lymphatiques, dans les cas que nous avons pu observer, se présentent très vite après l'irritation ou l'inflammation qui les détermine (quelques jours seulement) ; tandis que les gros kystes demandent beaucoup plus de temps à se développer ; cette période est très variable, du reste, mais pouvant aller de un à plusieurs mois.

Nous allons maintenant discuter la valeur du diagnostic et de la pathogénie que Hache donne à propos de la tumeur qui fait partie de son observation.

Nous avons vu, quand nous avons reproduit ses propres paroles, qu'il contestait la nature lymphatique de sa tumeur : 1° à cause de la rareté des dilatations de ce volume (1 millimètre de long, sur 2 millimètres de large) ; 2° parce que ces dilatations n'avaient pas encore été constatées dans cette région (entre le bord externe de la cornée et l'angle externe de l'œil) ; 3° Parce que le revêtement interne n'était pas assez net pour admettre un endothélium continu.

En étudiant les différents arguments de son diagnostic, nous voyons qu'ils ne sont pas exempts de critique.

Son premier argument, qui est basé sur le volume de la tumeur ne nous prouve absolument rien ; au contraire, il viendrait plutôt appuyer l'idée d'un kyste lymphatique. Les kys'es séreux, lorsqu'on les constate, ont généralement un volume beaucoup plus grand que ceux qu'il décrit, se rapprochant de la grosseur d'un pois, tandis que les tumeurs lymphatiques ont une moyenne de deux à trois millimètres de diamètre.

Son second argument, dans lequel il trouve les dilatations lymphatiques rares au niveau où était la sienne, ne tient pas plus que le premier ; presque toutes les tumeurs lymphatiques que nous avons rencontrées étaient en effet situées à ce niveau.

Enfin son troisième argument, tiré de la membrane, limite interne, est une simple conception qui n'est basée sur aucun fait réel. Toutes les tumeurs kystiques séreuses ou lymphatiques sont en effet tapissées par un épithélium ou un endothélium, et nous n'avons jamais rien rencontré qui puisse nous faire soupçonner la nature conjonctive de cette membrane. Je crois donc que, contrairement à l'idée de Hache, et en me basant sur ses propres arguments, nous avons affaire à une tumeur lymphatique.

MARCHE DE CETTE AFFECTION

Presque toutes les tumeurs que nous avons rencontrées ayant été excisées pour en faire l'étude anatomopathologique d'une part, et n'ayant plus revu les malades chez qui nous avons laissé en place ces dilatations pour en suivre ultérieurement la marche, d'autre part, nous ne pouvons donner ici qu'un exposé incomplet de la question, en nous basant sur une observation que je dois à M. Rochon-Duvigneaud, chef de la clinique ophtalmologique, et sur quelques écrits qui traitent de la question.

L'observation à laquelle je fais allusion concerne un employé du laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu. Il y a six mois environ, cette personne se plaignit à M. le docteur Rochon-Duvigneaud de ressentir au niveau de l'œil une cuisson qui n'était pas très intense; l'examen de l'œil révéla une légère conjonctivite; mais au niveau de la partie externe de la conjonctive bulbaire, il y avait de petites dilatations lymphatiques, semblables à celles qui font l'objet de ce chapitre et dont le malade ne s'était jamais aperçu.

Le traitement qui fut institué consista en quelques instillations de sulfate de zinc qui n'ont,

au dire du malade, été pratiquées qu'une ou deux fois, à la suite desquelles la guérison s'est rapidement produite.

Examiné environ six mois après, nous ne trouvons plus absolument aucune trace d'inflammation, ni aucune trace de dilatations. Il est probable que dans le cas qui nous occupe, les dilatations se sont développées en même temps que la conjonctivite et sont disparues avec elle.

Irme, dans un mémoire qu'il écrivit en 1876, rapporte deux cas de dilatations lymphatiques et dans l'un d'eux, les dilatations avaient considérablement diminué après une dizaine de jours, mais elles étaient cependant encore visibles.

L'interrogatoire des malades n'a pu nous fournir aucun renseignement : les malades, en effet, ne ressentaient que les effets de l'affection concomitante et certains d'entre eux, qui s'étaient rendus à la visite pour corriger leurs vices de réfraction, ne s'étaient même pas aperçus qu'ils étaient porteurs de ces dilatations. Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure que, dans certains cas, et je crois qu'ils sont fréquents, la dilatation disparaît avec la lésion qui lui a donné naissance.

TRAITEMENT

Le traitement consiste à combattre la cause de l'affection : si une conjonctivite aiguë ou chronique existe en même temps, on la combattra ; s'il existe une cause d'irritation, le traitement sera dirigé contre elle.

Quant à l'affection en elle-même, elle n'a pas besoin de traitement spécial, puisque dans beaucoup de cas elle disparaît spontanément, et si quelquefois elle persiste, elle ne gêne en rien le malade qui ne s'aperçoit même pas qu'il est porteur de ces dilatations. Si le kyste prenait une dimension anormale (ce que nous n'avons jamais rencontré), il n'y aurait plus que l'excision pour amener une cure radicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Je dois cette observation à M. le docteur Rochon-Duigneaud, qui avait excisé cette tumeur avant que je ne m'occupe de la question et qui a bien voulu me la transmettre.

Ce kyste a été excisé chez un homme âgé de 45 ans, ciseleur, domicilié à Paris et qui s'était rendu le 16 août à l'Hôtel-Dieu pour une conjonctivite, accompagnée de chalazions.

Cet individu portait sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit deux kystes, dont un était situé sur la conjonctive correspondant au côté interne de la cornée et l'autre au côté externe.

Ces petits kystes transparents ont été excisés : placés dans l'alcool au 1/3 pendant 24 heures, puis durcis dans l'alcool à 90 degrés, ils ont été ensuite inclus dans la celloïdine, afin d'en faire des coupes microscopiques.

Kyste interne. — Il a une forme à peu près sphérique, son diamètre est de 2 millimètres après l'action des réactifs et n'était guère supérieur sur le vivant.

Examiné sur des coupes, ce kyste est entouré par les

éléments de la conjonctive bulbaire dont l'épithélium, qui paraît tout à fait sain, est ainsi constitué : une assise profonde, formée de cellules de formes un peu variables, mais avec ce caractère commun que le noyau, plutôt cylindrique, remplit presque toute la cellule. Dans les couches superposées à celles ci, les cellules, d'abord polyédriques, vont en s'aplatissant de plus en plus parallèlement à la surface conjonctivale; les plus superficielles, très aplaties, perdent leur noyau. On ne rencontre pas de cellules caliciformes.

Au dessous de l'épithélium; on ne rencontre aucune trace de formation glandulaire, ni de papilles. Le derme sur lequel repose l'épithélium est constitué par de fines fibrilles conjonctives, formant un tissu lâche, parsemé d'éléments cellulaires fusiformes et renfermant un certain nombre de petits vaisseaux, presque tous des capillaires.

A la base du kyste, c'est-à-dire au niveau de la surface d'excision, on rencontre des artérioles, des veinules et même de petits faisceaux nerveux. En somme, la conjonctive nous paraît parfaitement saine.

Sur quelques préparations, la cavité du kyste est unique, sphérique, bien que présentant une crête intérieure saillante, formée par un repli de la paroi. Ce repli n'est que l'origine d'une cloison complète qui, sur d'autres coupes, divise en deux loges la cavité du kyste; la cloison de séparation étant formée par deux parois accolées.

Paroi du kyste. — Cette paroi, est constituée par une membrane conjonctive très mince et résistante, à la surface interne de laquelle sont appliqués de petits noyaux aplatis, autour desquels on ne voit, sur ces préparations colorées au carmin, aucune espèce de protoplasma et qui appartiennent à des plaques endothéliales et

non à un épithélium vrai. Ces noyaux sont toujours assez distants les uns des autres.

Tel que nous le voyons après l'action de l'alcool, le contenu du kyste forme un fin précipité granuleux, homogène, remplissant exactement la cavité kystique et, renfermant quelques globules blancs surtout rapprochés de la paroi. Le coagulum finement granuleux, par place vaguement fibrillaire, ne figure cependant jamais un vrai réseau fibrineux.

Kyste externe. — Ce kyste, de forme irrégulière, présentait un aspect circonvolutionné. Rien de particulier à signaler dans l'épithélium. Les coupes de ce kyste sont criblées de cavités kystiques, dont la forme et la disposition varient pour chaque préparation. Au lieu d'un kyste unique, il s'agit donc ici de cavités kystiques juxtaposées et sans doute anastomosées. Ces cavités sont généralement subdivisées d'une façon incomplète par des replis de leur paroi qui, sur les coupes, proéminent dans l'intérieur des kystes sous forme de caps. Quelquefois ces caps rejoignent la paroi opposée, divisant ainsi une cavité unique en deux cavités secondaires. Les parois de ces divers kystes ont exactement la structure décrite pour le précédent; leur contenu est également le même pour les grands kystes. Quant aux kystes de moindre volume, ils renferment généralement inclus dans le coagulum précité un certain nombre de leucocytes éparpillés dans sa masse.

OBSERVATION II (personnelle).

Le nommé S... Joseph, âgé de 26 ans, horloger, né à Châteaugiron, se présente, le 9 septembre 1892, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour une ecchymose conjonctivale de l'œil droit.

Antécédents. — Ce jeune homme présente les attributs d'une bonne santé ; il n'a jamais eu d'affection oculaire et en remontant à ses antécédents, on ne trouve aucun signe qui puisse nous faire soupçonner une affection constitutionnelle antérieure. Interrogé sur sa famille, elle ne paraît pas non plus présenter aucune prédisposition, ni aucune maladie qui pourrait avoir été transmise par l'hérédité.

Etat actuel. — Son état général d'ordinaire est bon, mais depuis quelques jours, il est atteint d'un embarras gastrique qui lui occasionne assez souvent des nausées et des vomissements ; ces nausées, d'après le dire du malade, sont assez violentes et ont probablement été la cause de cette ecchymose.

Examen de l'œil. — 1^o Œil droit. On trouve à la région inféro-externe du bulbe oculaire droit une ecchymose ayant la forme d'une bandelette s'étendant depuis le bord correspondant de la cornée jusqu'à la partie externe du bulbe ; cette bandelette a une coloration qui n'est pas homogène et une largeur d'environ 1 centimètre. Au milieu de la région ecchymosée se trouve une petite

tumeur cylindrique, à grand axe vertical, longue d'à peu près 5 millimètres et d'environ 1 millimètre de largeur. Ce cylindre se trouve renflé aux deux extrémités en une petite dilatation arrondie, simulant une tête d'épingle. Cette tumeur est transparente, de coloration citrine; les vaisseaux conjonctivaux superficiels passent au dessus d'elle; son volume restreint empêche de constater sa rénitence, mais la pression en un point refoule le contenu à l'extrémité opposée qu'il dilate; la pression sur toute la surface ne fait pas disparaître le liquide; elle est mobile sur le tissu épiscléral.

2° L'œil gauche est parfaitement sain.

Examen microscopique. — La petite tumeur a été excisée avec la conjonctive qui la recouvre; placée d'abord dans l'alcool au 1/3, puis dans l'alcool à 90°. Après durcissement elle a été incluse dans la celloïdine et des coupes ont été faites, colorées les unes par le carmin, les autres par l'hématoxyline.

1° *Préparations colorées par le carmin.* — Examinées par transparence, les coupes laissent voir un espace vide correspondant à la cavité du kyste, présentant un diamètre longitudinal de 1 millimètre 1/2 et un diamètre transversal de 1 millimètre. La cavité a une forme ovale, à parois un peu plissées. En allant de l'extérieur vers l'intérieur, nous rencontrons dans cette préparation différentes couches : 1° un épithélium pavimenteux stratifié, ayant des contours cellulaires assez nets et en tout semblables à celui de la première observation. Il entoure la tumeur, sauf à l'endroit qui correspond au pédicule de la partie excisée.

2° La seconde couche est représentée par le tissu sous-conjonctival au sein duquel la tumeur est implantée ; ce tissu entoure complètement la tumeur, mais il est peu abondant du côté de la surface externe, et augmente en quantité en se rapprochant du pédicule. Cette couche est formée de tissu conjonctif lâche, contenant un certain nombre d'éléments conjonctifs, fusiformes et étoilés.

3° En se rapprochant du pourtour du kyste, ce tissu semble se condenser et former une couche très mince, plus ou moins nette, d'après les préparations, et qui est la membrane limite externe du kyste.

4° Cette membrane est tapissée à l'intérieur d'un endothélium qui n'est pas très caractéristique sur ces préparations, et dont on ne peut par place distinguer les noyaux.

5° La cavité renfermant un grand nombre de granulations fortement colorées par le carmin et répandues dans tout son contenu ; de plus, elle contient sur un des points de la préparation assez rapproché du bord, une partie plus colorée, de forme arrondie et dont le diamètre est environ le $\frac{1}{4}$ du diamètre transversal de la cavité kystique. Cette partie est formée de tissu conjonctif contenant également des éléments cellulaires ; elle est tapissée sur tout son pourtour par des cellules endothéliales qui ne sont pas très nettes.

Au pourtour du kyste, on trouve dans le tissu sous-conjonctival des vaisseaux sanguins en plus ou moins grande quantité. On y trouve d'autre part des cavités lymphatiques de structure semblable à la grande, mais beaucoup plus petite et qui sont probablement des vaisseaux lymphatiques dilatés, coupés en travers ; dans quelques-unes d'entre elles on rencontre un certain nombre de globules

blancs répandus dans le contenu. Ces petites cavités ont des formes variées, quelquefois allongées, quelquefois tout à fait irrégulières et sont surtout visibles vers le pédicule de la tumeur.

Sur d'autres préparations, la grande cavité kystique est beaucoup plus allongée, se terminant en pointe à une de ses extrémités; dans ces préparations, on voit deux bourgeons s'avancant l'un vers l'autre, qui semblent se réunir à un certain niveau, et diviser la grande cavité en deux parties dont l'une est formée par le corps du kyste, et l'autre par la pointe : nous avons pu voir cette disposition sur certaines coupes.

Le petit bourgeon conjonctif que nous avons signalé dans la cavité, est formé par la coupe transversale d'une partie de tissu conjonctif ressemblant beaucoup au derme conjonctival et à la paroi conjonctive du kyste.

Ce qui me fait penser qu'elle a des rapports avec la paroi, c'est que sur certaines coupes elle s'en rapproche de plus en plus et finit par faire corps avec elle.

2° *Préparations colorées par l'hématoxyline.* — Sur ces préparations, on voit les mêmes détails que sur les précédentes; seulement le tissu conjonctif y est moins coloré et on y distingue plus difficilement la couche fibreuse du kyste. Par contre, les noyaux cellulaires sont plus colorés, ce qui nous permet de mieux distinguer les cellules conjonctives et les cellules endothéliales qui tapissent la couche fibreuse.

OBSERVATION III (personnelle).

Le nommé G... Aristide, âgé de 22 ans, graveur, domicilié à Paris, se présente le 9 septembre, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour des chalazions qu'il porte aux paupières inférieures.

Antécédents. — Interrogé sur ses antécédents, ce jeune homme, qui n'est pas d'une constitution bien robuste, déclare avoir eu, étant enfant, des bronchites répétées; son père serait lui-même mort d'une affection chronique de poitrine. Depuis six ans ses yeux auraient fréquemment rougi et il aurait été traité pour cette affection par M. le docteur Hubert.

Etat actuel. — On trouve à chaque paupière inférieure des chalazions qui auraient débuté, d'après le dire du malade, il y a trois mois; celui de la paupière droite est en voie de suppuration; ces chalazions sont également accompagnés de signes de blépharite ciliaire chronique. Il y a de plus à chaque œil de petites dilatations lymphatiques que nous allons décrire.

Œil gauche. — La partie de la conjonctive située entre le bord externe de la cornée et l'angle externe de l'œil, porte une petite dilatation lymphatique, transparente, se présentant sous forme de vaisseau de la grosseur d'une aiguille, dilatée en grains de chapelet; ce vaisseau se contourne de façon à délimiter une partie de conjonctive saine, ayant une forme ovale.

On ne trouve pas, ailleurs, d'autres dilatations lymphatiques.

L'examen microscopique n'a pu être fait, le kyste s'étant crevé en voulant l'exciser et ayant été perdu dans la masse conjonctivale.

Œil droit. — La partie interne de la conjonctive bulbaire présente des dilatations lymphatiques, transparentes, en forme de réseau dont les branches entre-croisées présentent au niveau de leurs anastomoses des dilatations plus grandes de la grosseur d'une tête d'épingle. Ce réseau est mobile avec la conjonctive dont les vaisseaux sanguins superficiels passent au dessus. La compression d'une partie du réseau refoule le liquide dans les autres parties. Ces dilatations ne s'étendent pas sur la caroncule.

L'examen anatomo pathologique de la tumeur n'a pu être fait; d'un autre côté, n'ayant plus revu le malade, nous ne connaissons pas les transformations qu'ont subies ces dilatations.

OBSERVATION IV (personnelle).

La nommée F... Marie, âgée de 45 ans, domiciliée à Paris, se présente, le 19 septembre, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une conjonctive granuleuse.

Antécédents. — Cette personne présente les signes du lymphatisme. Elle aurait eu la rougeole il y a cinq ans, et à la suite de cette maladie, se serait développée une affection chronique des yeux.

Etat actuel. — Les conjonctives sont infiltrées de granulations, pour lesquelles elle aurait déjà été en traitement il y a quatre ans.

Œil gauche. — A part un commencement de ptérygion au côté interne de la cornée, le globe de l'œil est parfaitement intact.

Œil droit. — La partie de la conjonctive située à égale distance du bord interne de la cornée et de l'angle interne de l'œil droit, porte une petite dilatation lymphatique, ayant un diamètre vertical de 3 à 4 millimètres. Cette dilatation subit un étranglement vers le milieu, qui lui donne la forme de deux têtes d'épingles accolées; nulle part ailleurs nous ne rencontrons de dilatations. La conjonctive portant la tumeur a été excisée et durcie pour en faire l'examen microscopique.

Examen microscopique. — Les cavités kystiques de cette préparation étant de petites dimensions, il nous a été impossible de mesurer par transparence leur étendue; au microscope, on y voit toutefois une cavité plus grande que les autres; cette cavité, dont les parois ne sont pas plissées, présente ceci de particulier: la couche fibreuse limitant extérieurement le kyste avec l'endothélium qui le tapisse intérieurement, s'est séparée sur une certaine étendue du tissu cellulaire sous-conjonctival. Cette séparation est surtout visible sur les préparations colorées par le carmin. A côté de ces cavités, on en trouve d'autres plus petites, n'ayant rien de spécial. Sur les préparations colorées par l'hématoxyline, les noyaux cellulaires de la partie de la paroi qui s'est détachée sont vus d'une façon très nette.

Le contenu des cavités ne renferme aucun élément figuré, sauf sur certaines préparations où l'on trouve quelques granulations accolées à la paroi.

OBSERVATION V (personnelle).

Le nommé B... Alexandre, âgé de 48 ans, domicilié à Paris, se présente le 13 septembre à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une amblyopie alcoolique, pour laquelle il est en traitement depuis cinq semaines.

Antécédents. — Cette personne paraît avoir un tempérament solide, elle accuse des antécédents alcooliques.

État actuel. — Les paupières inférieures sont un peu ectropionnées. Cet ectropion a produit de la conjonctivite chronique, et a occasionné l'éversion du point lacrymal inférieur, qui a dû être incisé pour combattre le larmolement.

J'ajouterai que cette personne, pour son amblyopie, prend de l'iodure de potassium depuis cinq semaines.

Œil gauche. — On trouve au milieu de l'espace séparant la partie interne de la cornée d'avec la caroncule lacrymale, un petit kyste, de la grosseur d'une tête d'épingle et complètement pédiculé. Un demi-centimètre plus bas et un peu en dedans s'en trouve un autre plus petit de moitié, et également pédiculé; ces deux kystes sont réunis par une traînée rectiligne, vermiciforme, jaune et transparente, qui est formée par une dilatation lymphatique.

Le gros kyste excisé a été traité comme le précédent pour être examiné au microscope.

Œil droit. — Ne présente rien de particulier.

Microscopie. — Les coupes de la tumeur examinées

d'abord par transparence laissent voir à leur milieu une cavité ayant chez les unes une forme ovale et chez les autres une forme arrondie, d'après la hauteur à laquelle ces coupes ont été faites. Au niveau de ses plus grandes dimensions, cette cavité mesure un millimètre dans le diamètre transversal et un millimètre et demi dans le diamètre longitudinal.

A l'examen microscopique, l'ensemble de la préparation a la forme d'un bourgeon tapissé à l'extérieur par l'épithélium pavimenteux stratifié de la conjonctive, qui ne laisse libre que la partie correspondante au pédicule. Cet épithélium présente un épaissement considérable.

Sous cet épithélium, on trouve, comme dans les autres observations, le tissu sous-conjonctival avec ses éléments normaux, qui entoure également la tumeur ; en dessous est la paroi proprement dite du kyste formée également par une couche fibreuse et tapissée intérieurement par un endothélium. Le contenu du kyste renferme un amas de grosses granulations semblables à celles qu'on rencontre dans la seconde observation et disséminées dans toute son étendue.

D'autres préparations microscopiques renferment la même cavité, mais beaucoup plus arrondie, et qui correspondent probablement à des coupes ne passant plus par le grand axe de la tumeur. D'autres enfin n'ont plus de cavité, et sont probablement formées par des coupes tangentes à la surface, et ne coupant que la partie superficielle de la tumeur, sans entrer dans le kyste proprement dit.

OBSERVATION VI (personnelle).

Le nommé C..., Théophile, cordonnier, âgé de 46 ans, domicilié à Paris, vint le 15 septembre à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour une presbyopie.

Antécédents. — Cet homme jouit d'ordinaire d'une bonne santé; il n'a jamais été malade et on ne trouve dans sa famille aucune affection qui aurait pu laisser une tare héréditaire; il n'a jamais été atteint d'aucune affection oculaire.

État actuel. Œil gauche. — On trouve entre la caroncule et la partie interne de la cornée, mais plus rapproché de cette dernière, un petit kyste de forme allongée, ayant un diamètre longitudinal de 4 à 5 millimètres, dirigé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; sa largeur est de 1 à 2 millimètres, les vaisseaux superficiels passent au dessus de la tumeur qui est mobile avec la conjonctive sur le tissu épiscléral.

Œil droit. — Il ne présente rien de particulier :

Analyse microscopique. — Cet examen ne nous offre rien de spécial. On voit de petites cavités lymphatiques éparpillées dans le tissu sous-conjonctival. Les unes sont aplaties, les autres sont arrondies, enfin les dernières sont anguleuses. Certaines préparations ont été colorées au carmin et font surtout ressortir le tissu conjonctif, les autres par l'hématoxyline et nous montrent surtout les noyaux cellulaires.

OBSERVATION VII (personnelle).

D... Prosper, âgé de 77 ans, tailleur, domicilié à Paris, se présente, le 24 septembre à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Cet homme, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade et n'a jamais eu aucune affection oculaire ; ses ancêtres étaient également bien portants.

Etat actuel. — Cette personne, atteinte d'hypermétropie, fatiguait sa vue depuis un certain temps quand elle travaillait à la couture. Elle s'est présentée le 15 mai 1892 à la visite de M. le professeur Panas qui fit inscrire sur le registre le diagnostic suivant : Cataracte presque complète pour l'œil gauche, opacités commençantes du cristallin pour l'œil droit.

Il s'est représenté le 24 septembre à la visite, ayant encore une perception suffisante de l'œil gauche pour distinguer les objets.

Œil droit. — On remarque entre l'angle interne de l'œil et la partie interne de la cornée, une trainée lymphatique ayant un demi-centimètre de hauteur. Cette trainée n'a pas une largeur uniforme, elle présente deux ou trois dilatations. Elle est mobile avec la conjonctive et au dessus d'elle passent des vaisseaux conjonctivaux superficiels. Au dessous, on voit les vaisseaux profonds de l'épiscière non mobiles avec la tumeur. La pression ne fait pas disparaître ces dilatations ; l'excision n'en a pas été pratiquée ;

Œil gauche. — On distingue par places, à l'angle interne de l'œil, de petites granulations d'origine lymphatique, dont trois surtout sont visibles. Elles ont la grosseur de petites têtes d'épingles placées à un demi-centimètre du bord interne de la cornée.

Un peu plus à l'extérieur on trouve une bande transparente, plate, verticale, ayant environ deux millimètres de largeur et cinq de longueur. Quand on comprime la partie inférieure, le liquide se rassemble à la partie supérieure qui se dilate. Le côté externe du globe oculaire ne présente rien de particulier.

La bandelette lymphatique a été enlevée et examinée au microscope; mais le kyste s'étant crevé dans les tentatives d'extirpation; cet examen ne nous donne rien qui mérite d'être relaté.

OBSERVATION VIII (personnelie).

Le nommé M... Henry, âgé de 67 ans, domicilié à Paris, s'est présenté le 28 octobre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Cet homme a été opéré de cataracte il y a trois mois. Les suites de l'opération ont été normales. A part cette cataracte, cette personne n'a jamais présenté aucune affection oculaire, ni aucune maladie constitutionnelle.

Etat actuel. — *Œil droit.* — Il existe entre la caroncule et le bord inféro-interne de la cornée, un petit kyste transparent, de la grosseur d'une tête d'épingle, mobile sur le tissu

sous-jacent. Il est recouvert par la conjonctive supportant des vaisseaux sanguins.

Un peu plus haut, se trouve un autre petit kyste présentant les mêmes caractères, mais un peu plus petit et moins nettement circonscrit.

L'excision du gros kyste a été pratiquée et traitée de la façon suivante : dans l'espoir d'y distinguer les contours des cellules endothéliales, sitôt la tumeur enlevée, elle a été étendue sur une plaque de liège et placée dans une solution de nitrate d'argent au 700^m, jusqu'au moment où le tissu prit un aspect terne. La préparation, alors retirée, a été lavée à grandes eaux et exposée quelques minutes à la lumière : Elle a ensuite été placée dans l'alcool d'abord au tiers, puis au demi, enfin à 90°. Quand la préparation a été durcie, nous avons enlevé une calotte du kyste et nous l'avons examinée à plat au microscope; seulement l'action du nitrate d'argent ayant été trop intense, soit que la solution était trop concentrée, soit que l'action ait été trop prolongée, les préparations nous montraient des amas noirâtres, dont on distinguait avec peine les contours diffus de quelques éléments cellulaires.

OBSERVATION IX (personnelle).

La nommée L... Rose, âgée de 45 ans, domiciliée à Paris, se présente le 13 novembre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une iritis rhumatismale de l'œil droit.

A part les poussées fréquentes de rhumatisme dont elle a été atteinte, cette personne a toujours joui d'une bonne santé.

Etat actuel. — Oeil droit. — En même temps que l'iritis, on y voit tous les signes d'une conjonctivite chronique avec éversion et état ponctiforme des points lacrymaux. La malade, du reste, se plaint de larmoiement depuis longtemps.

Oeil gauche. — A côté de la conjonctivite chronique due à un mauvais état des voies lacrymales, semblable à celui de l'autre oeil, on trouve, en dehors du bord externe de la cornée, trois trainées lymphatiques parallèles, longues de 3 à 4 millimètres et ayant une direction verticale. Ces trois trainées lymphatiques sont réunies à leur extrémité supérieure par une dilatation transversale qui les fait communiquer toutes ensemble.

Ayant voulu savoir si le contenu se serait reproduit après son évacuation, nous avons ponctionné ces dilatations avec des ciseaux pointus et nous en avons, par des pressions, vidé complètement le contenu. Cinq jours après, ayant revu la malade, nous avons pu nous assurer que le liquide n'était pas reparu et qu'il ne restait plus aucune trace de dilatations lymphatiques.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Les kystes séreux et les kystes lymphatiques forment chacun une entité morbide spéciale, basée sur la pathogénie, la symptomatologie et la marche de l'affection ;

2° Notre étude sur la pathogénie des kystes séreux proprement dits, nous permet de conclure qu'ils ont la plupart du temps une origine traumatique ;

3° L'examen macroscopique d'un certain nombre de kystes lymphatiques a permis d'en établir les symptômes et la nature d'une façon nette et précise ;

4° L'analyse microscopique des kystes lymphatiques a permis de déterminer leur structure et de confirmer les rapports intimes qu'ils ont avec les vaisseaux lymphatiques ;

5° Nous n'avons pu retirer des matériaux que nous possédons, ni une étiologie complète, ni une marche complète des dilatations lymphatiques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Sichel.* — Journal de chirurgie de Malgaigne, 1843.
— Archives de médecine, 1846.
Laqueur. — Klin. Monatsbl. für augenh., 1877.
Brière L. — Gazette des hôpitaux, 1873.
Baudry. — Bulletin médical du Nord, 1882.
Hache. — Recueil d'ophtalmologie, 1881.
Uthoff. — Berlin. Klinisch. Wochenschr., 1879.
Mackroki. — Klin. Monatsbl. f. augenh., 1884.
De Wecker. — Grand traité d'ophtalmologie.
Irme. — Wiener Medicin. Wochenschr., 1876.
Laskiewicz. — Jahresbericht für ophtalm., 1877.
-

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,
BROUARDEL. PANAS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

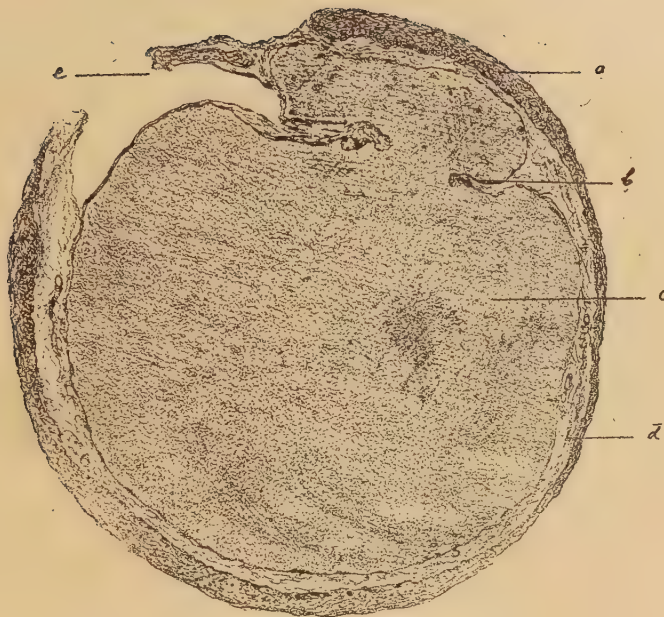


Figure I (Observation I, Kyste interne).

Coupe de kyste vue à un faible grossissement (120 diamètres)
permettant d'en distinguer les différentes couches.

- a* Epithélium conjonctival.
- b* Crête intérieure saillante formée par un repli de la paroi.
- c* Contenu granuleux du kyste ayant quelques leucocytes.
- d* Derme conjonctival.
- e* Région du pédicule.

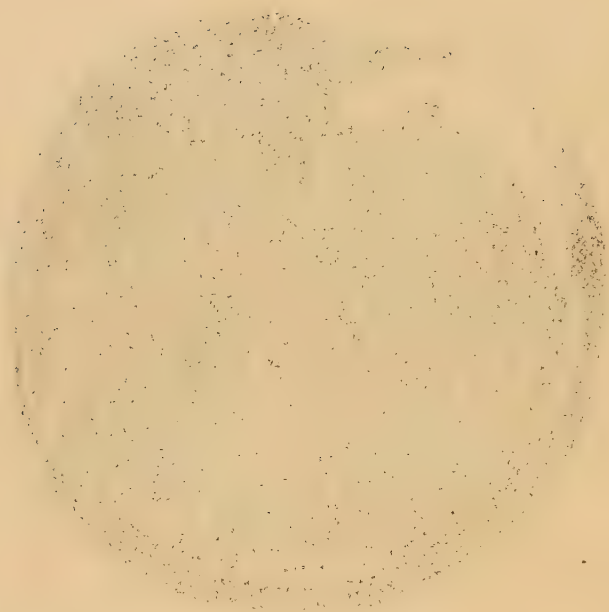




Figure II.

Partie du kyste précédent située entre *a* et *b* vue à un fort grossissement (300 diamètres) pour voir les détails histologiques.

- a* Epithélium conjonctival normal.
- b* Endothélium du kyste.
- c* Leucocyte.

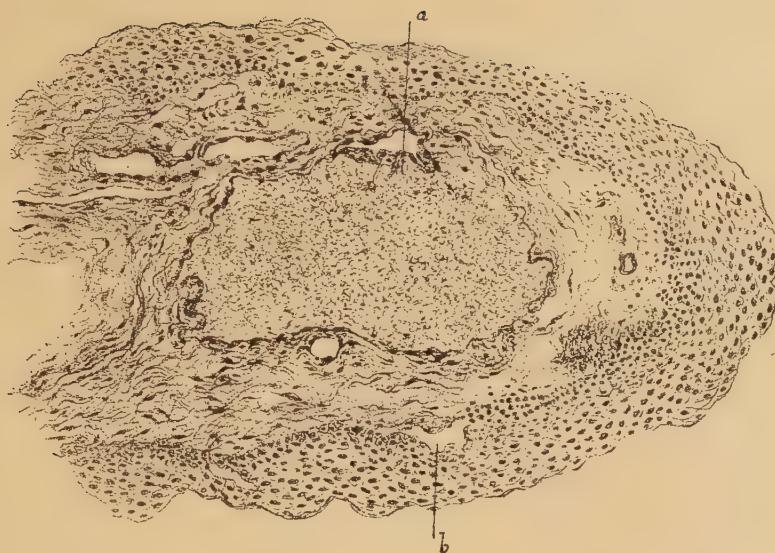


Figure III (Observation V).

Coupe montrant, à côté d'un kyste assez volumineux et à contenu fortement granuleux, des lymphatiques légèrement dilatés. Le grossissement est d'environ 150 diamètres.

- a* Kyste assez volumineux à contenu fortement granuleux.
- b* Lymphatique légèrement dilaté.

